

УДК616.453:577.175.532]-008.61-07

Р.П. Ляшук, П.М. Ляшук

ВИПАДОК ПЕРВИННОГО АЛЬДОСТЕРОНІЗМУ

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Резюме. Наведено випадок первинного альдостеронізму, який клінічно проявився стабільною резистентною артеріальною гіпертензією і м'язовим синдромом. Захворювання зумовлене двобічною вузликовою гіперплазією кори надниркових залоз.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, гіперплазія надниркових залоз, альдостерон, гіпокаліємія, верошпірон.

Первинний альдостеронізм (ПА, синдром Конна) – група станів, при яких продукція альдостерону клубочковою зоною кори надниркових залоз (НЗ) є непропорційно високою, повністю або частково автономною [1]. ПА – одне з найпоширеніших захворювань НЗ та найчастіша причина ендокринної артеріальної гіпертензії (АГ). Приблизно в 30-40 % випадків захворювання спричиняється однобічною солітарною аденомою (альдостеромою), у 60-70 % хворих має місце двобічна дифузна чи вузликова гіперплазія кори НЗ [1, 2, 7]. Частота ПА становить 6-15 % популяції хворих на АГ, а з-поміж пацієнтів із резистентною АГ – 20 % [3].

Роль альдостерону в механізмах розвитку АГ – пригнічення синтезу реніну, затримка натрію, збільшення об'єму циркулюючої крові, акумуляція натрію в судинній стінці із підвищенням судинного опору і зростання її чутливості до вазоконстриктивних стимулів, розвиток низькоренінової гіпертензії – доповнилися останнім часом даними щодо прозапальної, профібrolітичної, прооксидативної дії згаданого гормону. Гіперальдостеронемія асоційована з самостійним, незалежним від АГ, підвищенням ризиком розвитку кардіоваскулярних ускладнень [1, 2, 4, 5, 6]. Гіпокаліємія веде до дистрофічних змін нервових волокон і розвитку м'язового синдрому та нефропатії [2].

Найінформаційнішим скринінговим тестом визнане наростаюче співвідношення альдостерону/реніну плазми крові. Наявність позитивного співвідношення і за умови забору крові після перебування пацієнта у вертикальному положенні більше 20-25 хв із 90% вірогідністю свідчить на користь ПА [3].

Наводимо наше спостереження.

Хвора П., 55 років, направлена кардіологом у зв'язку з резистентною АГ, яка іноді набувала кризового характеру. Привертали увагу скарги на спрагу, часте сечовипускання, наростаючу м'язову слабкість, парестезії в нижніх кінцівках.

Об'єктивно. Статура гіперстенічна. Серцева діяльність аритмічна, 60/хв. Серцева тупість зміщена вліво на 2 см, акцент II тону над аортою. АТ зберігався на рівні 180-200/100-110 мм рт. ст.

ЕКГ: ЧСС – 62/хв, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка серця з перезавантаженням, екстрасистолія. Очне дно: гіпертонічна ретинопатія.

Клінічні аналізи крові і сечі без змін. Глюкоза крові – 5,8 ммоль/л. Альдостерон плазми крові – 265 пг/мл (норма 10-165), активний ренін – 2,1 пг/мл (норма 3,3-31,7), натрій – 198 ммоль/л (норма – 135-148), калій – 2,4 ммоль/л (норма – 3,5-5,1).

МРТ заочеревинного простору: двобічна вузликова гіперплазія НЗ, вузлики розміром 3-5-6 мм підвищеної щільності. Регіонарні лімфовузли не збільшені.

Діагноз: первинний альдостеронізм, двобічна вузликова гіперплазія надниркових залоз, артеріальна гіпертензія.

До комплексу лікування, призначеного кардіологом, рекомендовано включити верошпірон – 200-150 мг/добу. Доза підбиралась методом титрування кожні два тижні під контролем АТ і рівня калію крові, починаючи з 25 мг. Через три місяці загальний стан здоров'я хворої покращився, прояви м'язового синдрому зникли. Прослідковується тенденція до нормалізації мінерального обміну та рівня альдостерону крові. АТ у межах 150-140/95-80 мм рт.ст.

Висновок

Пацієнти з артеріальною гіпертензією, насамперед із резистентною формою та ускладненим перебігом, підлягають обстеженню на предмет виключення гіпертензії ендокринного генезу, у першу чергу – первинного альдостеронізму.

Коментарій

Резистентна артеріальна гіпертензія, порушення мінерального обміну (гіпернатріємія, гіпокальціємія), високий рівень альдостерону (верошпірону) за низького вмісту реніну крові дали аргументовану підставу запідозрити первинний альдостеронізм. Діагноз верифіковано МРТ НЗ. Включення в комплекс терапевтичних засобів антагоністу альдостерону призвело до суттєвого зниження АТ. Калійзберігаючі діуретики можуть бути корисною альтернативою [1]. Хворим на ПА, зумовленим однобічним процесом (альдостерома, однобічна гіперплазія), показана лапароскопічна адреналектомія [2]. У випадку вторинного альдостеронізму, котрий розвивається як ускладнення деяких захворювань серцево-судинної системи, нирок, печінки, активність реніну суттєво зростає.

Література

1. Рекомендації української асоціації кардіологів, української асоціації ендокринних хірургів, асоціації нефрологів України з диференційної діагностики артеріальних гіпертензій 2014р. // Міжнар. ендокринол. ж. – 2014. – № 8 (64). – С. 125-154.
2. Рибаків С.Й. Пухлини кіркової речовини надниркових залоз / С.Й. Рибаків // Ендокринологія; за ред А.С.Сфімова. – К.: Вища шк., 2004. – С. 299-329.
3. Черенько С.М. Сучасні підходи до діагностики, терапевтичного та хірургічного лікування первинного альдостеронізму / С.М. Черенько, О.С. Ларін, Л.В. Щекатурова // Львів. мед. часопис. – 2006. – Т. 17, № 2. – С. 76-80.
4. Young W.F. Minireview: Primary Aldosteronism – Changing Concepts in Diagnosis and Treatment / W.F. Young // Endocrinology. – 2003. – Vol. 144, № 6. – P. 2208-2213.
5. Case Detection, Diagnosis, and Treatment of Patients with Primary Aldosteronism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline / Y.W. Funder, R.M. Carey, C. Fardella [et al.] // J.Clin.Endocr.Metab. – 2008. – Vol. 93, № 9. – P. 3266-3281.
6. Primary hyperaldosteronism in essential hypertensives: prevalence, biochemical profile, and molecular biology / C.E. Fardella, L. Mosso, C.E. Gomes-Sanchez [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2000. – Vol. 85. – P. 1863-1867.
7. Rossi G.P. Surgically correctable hypertension caused by primary aldosteronism / G.P. Rossi // Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab. – 2006. – Vol. 20. – P. 385-400.

СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО АЛЬДОСТЕРОНИЗМА

Р.П. Ляшук, П.М. Ляшук

Резюме. Приведен случай первичного альдостеронизма, который клинически проявился стабильной резистентной артериальной гипертензией и мышечным синдромом. Заболевание обусловлено двухсторонней узелковой гиперплазией коры надпочечников.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гиперплазия надпочечников, альдостерон, гипокалиемия, верошпирон.

A CASE OF PRIMARY ALDOSTERONISM

R.P. Lyashuk, P.M. Lyashuk

Abstract. The paper deals with a case of primary aldosteronism, which declared itself clinically by stable resistant hypertension and muscle syndrome. The disease is caused by bilateral nodular hyperplasia of adrenal glands.

Key words: hypertension, hyperplasia of the adrenal glands, aldosterone, hypokaliemia, veroshpiron.

Higher State Educational Institution of Ukraine «Bukovinian State Medical University» (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І. Волошин

Buk. Med. Herald. – 2016. – Vol. 20, № 3 (79). – P. 234-235

Надійшла до редакції 02.06.2016 року